

(被保険者の注意事項)
ア ⑥欄は第一回の申請はいつ(令和○年○日午前○時)、どこで(自宅の庭で)なにを(薪を)、どうしているうち(割っているうち)なにが(薪の) どういうふうになつて(破片が飛んで)どこを(顔を)どうした(裂傷した)というように詳しく記載してください。
イ ⑭欄は、年金を受給する場合に記入するとともに「年金証書又はこれに準ずる書類の写し」・「直近の年金額を証明する書類」を添付してください。
エ ※印の欄には記入しないでください。
ウ 傷病が第三者の行為によるものであるときは、「第三者行為による傷病届」を添付してください。

支給額	支給内訳	傷病手当金								常務理事	事務局長	リーダー	担当者
		延長傷病手当金付加金								資格	取得	昭和・平成・令和	年 月 日
		傷病手当金	平成令和平成令和	年 月 日	日から	年 月 日	日まで	日間	日 額	円	喪失	平成・令和	年 月 日
		延長傷病手当金付加金	平成令和平成令和	年 月 日	日から	年 月 日	日まで	日間	年金額	円(日額)	入院期間	平成令和平成令和	年 月 日
支給期間	傷病手当金	平成令和平成令和	年 月 日	日から	年 月 日	日まで	日間	手当金額	円(日額)	円	支給開始年月日	平成・令和	年 月 日
支給期間	延長傷病手当金付加金	平成令和平成令和	年 月 日	日から	年 月 日	日まで	日間	備考					

傷病手当金 請求書 (第 回)

延長傷病手当金付加金

① 被保険者証の記号・番号	記号 111	② 被保険者の氏名	日航 太郎
	番号 12345		生年月日 昭和・平成 25 年 3 月 6 日 本請求により受領する保険給付金は、事業主に委任します。
③ 被保険者の現住所	(〒123-4567) 東京都大田区羽田空港1-2-3 (TEL: 03-4567-1111)		
④ 事業所の名称(所属)	株式会社 JAL〇〇 (△△部〇〇課) (TEL: 03-2222-1111)		
⑤ 傷病名	大腿部骨折	⑦ 業務種別	一般事務
		⑧ 発病又は負傷の年月日(療養開始日)	平成令和 1 年 2 月 3 日
		⑨ 傷病負傷の療養をするために休んだ期間(申請期間)	平成令和平成令和 1 年 2 月 4 日から 25 日間 平成令和平成令和 1 年 2 月 28 日まで
⑥ 第一回申請時は発病の状態又は負傷の原因を2回目からは現在の症状等		⑩ ⑨の期間で有休休暇を取った期間	平成令和平成令和 年 月 日から 0 日間
		⑪ 負傷の原因は第三者行為によるものですか	いいえ・はい
⑫ ⑨の期間で報酬の支払いを受けた(受けられる)とき、その期間及び報酬		平成令和平成令和 年 月 日から 年 月 日までの分として	円
⑬ 介護保険法サービスを受けたとき	保険者番号	被保険者番号	保険者名称
⑭ア 障害年金又は障害手当を受給していますか	受給の原因となった傷病名		⑭イ 老齢又は退職を事由とする年金を受給していますか
いいえ・請求中・はい			いいえ・請求中・はい
⑮ 上記の年金コード又は記号番号もしくは番号及びその金額			円
			円
			円
		合計額	円

受付日付印